

诊疗记录阅览及副本开具同意书

患者 本人	姓名	联系方式
	出生日期	
	地址	
申 请 人	姓名	与患者的关系
	出生日期	联系方式
	地址	
阅 览 及 副 本 开 具 范 围	医疗机构名称	
	诊疗时间	
	开具原因	
	开具范围(患者本人亲自填写)	
	例) 诊疗记录副本, 处方单副本, 手术记录副本, 检查内容和检查意见副本, 放射线照相(包括影像), 护理记录副本, 助产记录副本, 诊断书副本, 死亡诊断书或尸体检验书副本等。	

本人(或法定代理人)同意, 上述申请人()可以根据《医疗法》第 21 条第 3 款和同一法律实施条例第 13 条第 3 项阅览或获取本人的诊疗记录副本。

年 月 日

本人(或法定代理人)

(亲笔签名)

※ 备注: 如果患者本人未满 14 岁, 由法定代理人填写。